Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences, Vol. 20, No. 3, Autumn 2023, Serial Number 45

DOI: 10.22067/social.2023.83891.1400

Structural Equations Model of Social Well-Being based on Sociological Factors (Case Study: Second Secondary Students of Jahrom City)

Roohollah Rahmani
PhD Candidate in Sociology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Mohammad Taghi Iman [1]
Professor in Sociology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Mohammad Taghi Abbasi shavazi
Assistant Professor in Sociology, Shiraz University, Shiraz, Iran

Received: 11 August 2023 Revised: 10 November 2023 Accepted: 23 November 2023

Abstract
This research tried to explore social well-being through structural equation model based on sociological factors among the students of Jahrom city. The sample of this survey consisted of 359 secondary school students of Jahrom city in 2022, who were selected using Cochran's formula and stratified random sampling method. The data collection tool was a researcher-made questionnaire. For the validity of the research, face validity was used. Moreover, Cronbach's alpha and composite reliability coefficient (CR) were used to check its reliability. The data were analyzed at descriptive and inferential levels through SPSS and PLS software. The findings showed that there is a positive significant relationship between social trust, social support, and class identity with social well-being. Moreover, religiosity has a positive impact on social well-being through its influence on social trust. The partial least squares method of the general pattern of the research also showed that the independent variables of the research were able to explain 41% of the variance of the dependent variable. From among the influential variables, social trust had the highest positive impact (0.543) on the social well-being variable. In addition to the positive impact, social trust played the role of a perfect mediator in the relationship between religiosity and social well-being. Considering the impacy of the mentioned variables on social well-being, it is recommended to strengthen it in society, especially for students.

Keywords: Social Well-being, Social Trust, Social Support, Religiosity, Jahrom

1. Corresponding author. Email: iman@shirazu.ac.ir

DOI: 10.22067/social.2023.83891.1400
مقالهٔ پژوهشی

مدل معادلات ساختاری بهزیستی اجتماعی براساس عوامل جامعه‌شناختی (موردمطالعه: دانش‌آموزان متوسطهٔ دوم شهر جهرم)

روح الله رحمانی (دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران)
rahmani.ru1394@gmail.com
محمدتقی ایمان (استاد جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران، نویسندهٔ مسئول)
iman@shirazu.ac.ir
محمدتقی عباسی شوازی (استادیار جامعه‌شناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران)
mtabbasi@rose.shirazu.ac.ir

چکیده

موضوع این پژوهش، تبیین بهزیستی اجتماعی به روش مدل معادلات ساختاری براساس عوامل جامعه‌شناختی در بین دانش‌آموزان شهر جهرم است؛ بنابراین تلاش می‌کند به این سؤالات پاسخ دهد که بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان شهر جهرم در چه وضعیتی است؟ متغیرهای جامعه‌شناسی به چه میزان می‌توانند تبیین‌کننده بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان باشند؟ رویکرد مطالعه حاضر کمّی و روش آن پیمایش بود. نمونه پژوهش، ۳۵۹ نفر از دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر جهرم در سال ۱۴۰۱ بودند که از طریق فرمول کوکران و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه محقق‌ساخته بود. برای اعتبار پژوهش، از اعتبار صوری و برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی (CR) استفاده شد. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی از طریق نرم‌افزار SPSS و PLS تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و هویت طبقاتی با بهزیستی اجتماعی رابطه مستقیم، مثبت و معناداری وجود دارد، اما بین جنسیت و بهزیستی اجتماعی رابطه‌ای یافت نشد.

نشریهٔ علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، سال بیستم، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲، شماره پیاپی ۴۵ صص ۱۵۱-۱۸۱
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۰ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۱۹ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۰۹/۰۲

همچنین دین‌داری به‌صورت غیرمستقیم، از طریق تأثیر بـر اعتمـاد اجتمـاعی بـر بهزیسـتی اجتماعی اثرگذار است. روش حداقل مربعات جزئی الگـوی کلـی پـژوهش نشـان داد کـه متغیرهای مستقل پژوهش توانسته‌اند ٤١ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیـین کننـد. از بین متغیرهای اثرگذار، اعتماد اجتماعی دارای بیشترین میزان اثر مستقیم (۰/٥٤۳) بر متغیـر بهزیستی اجتماعی بود. اعتماد اجتماعی علاوه‌بر اثر مسـتقیم، نقـش میـانجیگر کامـل را در رابطه بین دین‌داری و بهزیستی اجتماعی ایفا کرد. با توجه به تأثیر متغیرهـای ذکرشـده بـر بهزیستی اجتماعی، تقویت آن در جامعه به‌ویژه برای دانش‌آموزان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، دین‌داری، جهرم.

۱. مقدمه

حق سالم‌بودن یکی از قدیمی‌ترین حقوق شهروندان هـر جامعـه‌ای اسـت کـه در قـانون اساسی اکثر کشورها به آن اهمیت داده شده است. در ماده ۲۵ اعلامیه حقـوق بشـر قاطعانـه بیان شده است که هرکسی حق دارد، از استانداردهای کافی زندگی از نظـر سـلامت و رفـاه برای خود و خانواده‌اش برخوردار باشـد. در مقدمـهٔ اسـاس‌نامـه سـازمان جهـانی بهداشـت (١٩٤٦) تأکید شده است که سلامت از حقوق اساسی هریک از افراد بشر است تا از بیشترین استاندارد قابل‌دسترس سلامت برخوردار باشند؛ ازاین‌رو سلامت به‌عنوان حقی بشری و یـک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده است؛ بنابراین سلامت برای بهبود کیفیت زندگی انسان لازم است.

با توجه به اینکه سازمان جهانی بهداشت (١٩٤٦) استانداردهای سـلامت قابل‌دسـترس را علاوه‌بر ابعاد جسمانی، سایر ابعاد روانی و اجتماعی نیز دانسته است، ایـن امـر باعـث شـده است که سلامت از نظر اجتماعی نیز مدنظر قرار گیرد. بهزیستی اجتماعی مفهـومی نوپاسـت که برای این مفهوم تعاریف متعددی ارائه شده است. بهزیستی اجتماعی به وضـعیت ارتبـاط بین فرد و جامعه اشاره دارد و بر چگونگی تعامل فرد با دیگران و پیامدهای حاصـل از ایـن تعاملات تأکید می‌کند. بـا اینکـه بهزیسـتی اجتمـاعی بـر سـلامت فـرد تأکیـد دارد، ماهیـت

به‌هم‌پیوسته جامعه را نیز در نظر می‌گیرد. نبود بهزیستی اجتماعی در افراد زمینه‌ساز رشدِ انحرافات اجتماعی است. در چنین حالتی نوعی فردگرایی افراطی، خواسته‌های فردی را در مقابل حیات اجتماعی قرار می‌دهد (صفاری‌نیا، ۱۳۹٦). کییز و شاپیرو[1] (۲۰۰٤) معتقدند که بهزیستی اجتماعی، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی است که وی خود را عضوی از آن‌ها می‌داند.

فردی که دارای سلامت اجتماعی[2] است، می‌تواند نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف انجام دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی آن احساس اتصال و ارتباط کند (فدایی مهربانی، ۱۳۸٦، ص. ۸). چنین فردی می‌تواند با موفقیت بیشتری با چالش‌های ناشی از ایفای نقش‌های اجتماعی کنار آید؛ بنابراین از ثبات و انسجام بیشتری برخوردار است و می‌تواند در فعالیت‌های جمعی مشارکت بیشتری داشته باشد. از این حیث می‌توان سلامت اجتماعی را ابزاری برای پیشگیری از انواع انحرافات اجتماعی قلمداد کرد (مدیری و همکاران، ۱۳۹٦، ص. ۱۰). بدیهی است، امروزه اهمیت و جایگاه سلامت با توجه به مشکلات زندگی شهرنشینی و زندگی ماشینی، تنوع بیماری‌های جدید و ناشناخته، استفاده از فناوری‌های پیشرفته و افزایش هزینه‌ها بر کسی پوشیده نیست. ارتقای زندگی سالم بخشی از حرکت طولانی‌مدت برای توانمندسازی گروه‌های مختلف اجتماعی، به‌ویژه جوانان است که استفاده بهینه از همه فرصت‌ها را به‌منظور ایجاد و تداوم و تعالی رفتار سالم در بین افراد و گروه‌ها مطرح می‌کند. سلامت جوانان یکی از اولویت‌های مهم در همه کشورها است، اما به ابعاد جسمانی و فیزیکی آن بیشتر توجه شده است تا به ابعاد روانی و اجتماعی آن. در

1. Keyes & Shapiro

۲. منظور از سلامت اجتماعی (Social health) همان بهزیستی اجتماعی (Social Well-being) است که محقق در این نوشتار آن را مطالعه کرده است. درواقع، گاهی‌اوقات بهزیستی اجتماعی با عنوان «سلامت اجتماعی» یاد شده است که در تعاریف مفهومی، همان معنا قلمداد می‌شود.

موضوع سلامت در کشور ما آنچه فقدان آن احساس می‌شود، توجه ناکافی به ابعاد روانی و اجتماعی افراد است. این بی‌توجهی باعث می‌شود فرد مستعد آسیب‌هایی نظیر خودکشی، مصرف موادمخدر، فرار از خانه، افت تحصیلی و بسیاری آسیب‌های اجتماعی دیگر شود (عبدالله‌تبار و همکاران، ۱۳۸٦، ص. ۱۷۲). فرصت‌های متعدد برای درگیر شدن در تعاملات اجتماعی با همسالان و بزرگسالان، حوزهٔ مهمی از جامعه برای کودکان و نوجوانان است. بهزیستی اجتماعی، نتیجه تعامل فرد با محیط‌های اجتماعی مختلف است. خصوصیات شخصی دانش‌آموز در تعامل با جامعه و محیط بر کیفیت بهزیستی اجتماعی وی تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین انفصال تعاملات اجتماعی ناشی از شرایط کنونی بیماری کوید-۱۹[1] نیز می‌تواند بر توجه به مسئله پژوهش در زمینهٔ بهزیستی اجتماعی بیفزاید. به‌علاوه در سال‌های اخیر، مطالعه بهزیستی به‌طورکلی به چالشی برای سیستم‌های آموزشی تبدیل شده است؛ زیرا نه‌تنها تأثیر آن بر سلامت روانی دانش‌آموزان مشخص شده است، بلکه به بهبود نتایج تحصیلی نیز کمک می‌کند (کُبو و پِرِز[2]، ۲۰۲۰).

تحقیقات نشان داده است که سطح بالاتر بهزیستی موجب بهبود متوسط حضور دانش‌آموزان در مدارس می‌شود و آن، با شاخص‌های انگیزه و تعهد به یادگیری (اویارزان[3]، ۲۰۱۸)، جلوگیری از ترک تحصیل و پدیده‌های مرتبط با ترک تحصیل (تورس[4]، ۲۰۲۰) و با کاهش اقدامات تنبیهی مرتبط با تعلیق و اخراج مدارس ارتباط دارد (نوریس[5]، ۲۰۱۸). همچنین براساس نتایج تحقیقات، دانش‌آموزانی که احساس شادکامی و بهزیستی بسیاری دارند، پیشرفت تحصیلی بیشتری دارند (حسینی و همکاران، ۱۳۹۵). بهزیستی اجتماعی دارای همبستگی مثبتی با راهبردهای مقابله‌ای پیشگیرانه، داشتن چشم‌اندازهای زمانی آینده‌نگر، ابراز عواطف مثبت و کنترل عواطف منفی، تفکر واگرا و داشتن ارتباطات باز با

1. Covid
2. Cobo & Perez
3. Oyarzún
4. Torres
5. Norris

والدین است (زامبیانچی و ریچی بیتی[1]، ۲۰۱٤)؛ بااین‌حال، درمورد دانش‌آموزان که جمعیت حدود ١٦ میلیونی کشور را تشکیل می‌دهند (مرکز آمار ایران، ١٤٠١)، در این زمینه مطالعات اندکی صورت گرفته است. همچنین تحقیقاتی که بهزیستی در بین دانش‌آموزان را مدنظر قرار داده است، عمدتاً بر شاخص‌های بهزیستی ذهنی متمرکز شده است تا شاخص‌های اجتماعی. تحقیقات درمورد بهزیستی در میان کودکان و نوجوانان مدرسه‌ای، بهزیستی ذهنی را از بهزیستی اجتماعی متمایز کرده است. درحالی‌که بهزیستی ذهنی به چگونگی تجربه و ارزیابی زندگی افراد به‌طورکلی اشاره دارد، بهزیستی اجتماعی به چگونگی ارزیابی کیفیت روابط خود با افراد دیگر به‌طورکلی و در زمینه‌های خاص اشاره دارد؛ بنابراین در این مطالعه تلاش می‌شود تا بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان شهر جهرم با رویکردی جامعه‌شناختی مطالعه و بررسی شود؛ بنابراین این تحقیق در جست‌وجوی پاسخ به این سؤال است که بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان شهر جهرم در چه وضعیتی است؟ و متغیرهای جامعه‌شناختی به چه میزان می‌توانند تبیین‌کننده بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان باشند؟ در این تحقیق ابتدا رهیافت‌های مختلف در زمینهٔ بهزیستی اجتماعی تشریح شده است. سپس با جمع‌بندی آن‌ها، الگوی نظری مناسب برای آن ترسیم شده است تا به بررسی وضعیت بهزیستی اجتماعی و شاخص‌های آن در بین دانش‌آموزان شهر جهرم و ارائه راهکارهای مناسب درخصوص تقویت بهزیستی اجتماعی پرداخته شود.

۲. مبانی نظری تحقیق

۲. ۱. پیشینه تحقیق

تشویشی و رحمانی خلیلی (١٤٠١) تحقیقی با عنوان «تأثیر دین‌داری بر کیفیت زندگی با میانجیگری متغیر مشارکت و اعتماد اجتماعی (مورد مطالعه منطقهٔ پردیسان قم در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹)» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد، تأثیر مستقیم دین‌داری بر کیفیت زندگی

1. Zambianchi & Ricci Bitti

معنادار نیست، اما تأثیر دین‌داری با میانجیگری اعتماد و مشارکت اجتماعی معنادار است. حسین‌زاده و همکاران (۱٤۰۰) به «مطالعه ارتباط سرمایهٔ اجتماعی با سلامت اجتماعی (مطالعه موردی: جوانان شهر خرم‌آباد)» پرداختند. نتایج نشان داد، بین متغیرهای سرمایهٔ اجتماعی، اعتماد اجتماعی و رضایت از زندگی با سلامت اجتماعی جوانان رابطهٔ مستقیم و معناداری وجود دارد. یافته‌های پژوهش مطلبی و همکاران (۱۳۹۹) با عنوان «بررسی جامعه‌شناختی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت اجتماعی (مطالعه موردی دانش‌آموزان منطقه پنج تهران)» بیانگر آن است که میزان سرمایهٔ اجتماعی و سلامت دانش‌آموزان منطقهٔ پنج تهران کمتر از حد متوسط است. همچنین میان سرمایهٔ اجتماعی و ابعاد آن (سرمایهٔ شناختی، سرمایهٔ ساختاری) با سلامت اجتماعی رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که ۳۱ درصد از واریانس سلامت اجتماعی توسط سرمایهٔ اجتماعی تبیین‌شدنی است. نیازی و سخایی (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان «بررسی تأثیر سازه‌های جامعه‌شناختی بر سلامت اجتماعی (مورد مطالعه: شهروندان شهر کاشان)» نشان دادند که متغیرهای سرمایهٔ اجتماعی، سرمایهٔ فرهنگی، دین‌داری و حمایت اجتماعی ارتباط معنادار و مستقیم با سلامت اجتماعی دارند و متغیر احساس بی‌هنجاری ارتباط معکوس و معناداری با سلامت اجتماعی دارد. رحمانی خلیلی (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان «سلامت اجتماعی ره‌آورد دینداری، مشارکت داوطلبانه و پیوند اجتماعی» انجام داد. براساس یافته‌ها، سه متغیر دین‌داری، پیوند اجتماعی و مشارکت داوطلبانه ۲۵ درصد از سلامت اجتماعی را تبیین می‌کنند.

وزارت بهداشت (۱۳۹۹) به انجام پژوهشی با عنوان «پیمایش ملی سلامت روان، موج دوم» با هدف ارزیابی وضعیت سلامت روان در سطح کشور پرداخت. یافته‌ها نشان داد که شیوع اختلالات روان در کشور به ۲۹ درصد افزایش یافته است. طبق نتایج موج اول که در سال ۱۳۸۹ انجام شد، شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۱۵ تا ٦٤ ساله کشور ۲۳/٦ درصد بود؛ درحالی که به استناد نتایج موج دوم در این فاصله ده‌ساله، شیوع این اختلالات افزایش

حدود ۵/۵ درصدی داشت. نتایج پژوهش آوریده و همکاران (۱۳۹۸) با عنوان «تأثیر بخشودگی بین‌فردی بر سلامت اجتماعی در دانشجویان و نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی ادراک‌شده» نشان داد که حمایت ادراک‌شده از سوی دیگران، دوستان و خانواده به‌ترتیب بیشترین اثر مستقیم را بر سلامت اجتماعی داشت. گنجی و همکاران (۱۳۹۸) مطالعه‌ای با عنوان «عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی در میان شهروندان شهر کاشان» انجام دادند. نتایج حاکی از آن است که بین تغییرات اعتماد اجتماعی، نشاط، امیدواری، سرمایهٔ فرهنگی و سلامت اجتماعی ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد. غفاری و همکاران (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی شهروندان استان ایلام» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که میانگین سلامت اجتماعی در استان اندکی بیشتر از مقدار متوسط است. همچنین متغیرهای زمینه‌ای وضع تأهل، سن و تحصیلات با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری دارند، ولی متغیرهای پایگاه و جنسیت ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی ندارند. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد، به‌ترتیب متغیرهای دین‌داری، شبکهٔ اجتماعی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و امنیت اجتماعی، بیشترین اثر را بر سلامت اجتماعی دارند.

سازمان امور اجتماعی کشور (۱۳۹۷) به انجام مطالعه جامعی با عنوان «بررسی وضعیت سرمایه اجتماعی در کشور، موج سوم» پرداخت. این پیمایش با هدف سنجش وضعیت سرمایه اجتماعی در ایران در سطوح ملی و استانی انجام شد. جامعه آماری این پیمایش، افراد بیشتر از ۱۸ سال خانوارهای شهری و روستایی ساکن در ۳۱ استان کشور و حجم نمونه آن بیش از ۱۷ هزار نفر بود. نتایج نشان داد که سرمایه اجتماعی (اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شبکه‌های اجتماعی) در ایران در سطح متوسط رو به پایین قرار دارد. حیدرخانی و همکاران (۱۳۹٦) پژوهشی با عنوان «بررسی ارتباط بین دینداری و سلامت اجتماعی جوانان مناطق حاشیه‌ای شهر کرمانشاه» انجام دادند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که میان دین‌داری و ابعاد آن (پیامدی، مناسکی، اعتقادی، تجربی و شناختی) با میزان سلامت اجتماعی جوانان ارتباط معنادار، مستقیم و مثبت وجود دارد. طاووسی و همکاران (۱۳۹۵) به

انجام پژوهشی با عنوان «وضعیت سلامت روان جمعیت شهری کشور: یک مطالعه ملی» پرداختند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روان افراد بزرگسال ۱۸ تا ٦٥ سال ساکن شهرهای ایران انجام شد. یافته‌ها نشان داد درصد درخورتوجهی از مردم سلامت روان خود را مطلوب ارزیابی نمی‌کنند. همچنین سلامت روان مطلوب با متغیرهایی مانند سن، تعداد سال‌های تحصیل رابطه معنادار دارد. سلامت روان نامطلوب در گروه شغلی بیکار حدود دو برابر شاغلان است، اما جنسیت با سلامت روان نامطلوب رابطه معناداری ندارد. نیک‌ورز و یزدان‌پناه (١٣٩٤) در تحقیقی به مطالعهٔ «رابطه عوامل اجتماعی با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان» پرداختند. براساس یافته‌ها، از میان متغیرهای مستقل، اعتماد اجتماعی، مشارکت اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و ارزیابی فرد از طبقهٔ اجتماعی خود و خانواده و از میان متغیرهای زمینه‌ای، وضعیت تأهل و شغلی، محلِ تولد و رشته تحصیلی، با سلامت اجتماعی ارتباط معناداری وجود دارد. رگرسیون مشخص کرد ۵۹ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی با دو متغیر اعتماد و مشارکت اجتماعی توضیح داده می‌شود.

سانین چنگ و لای[1] (۲۰۲۲) مطالعه‌ای با عنوان «تأثیر مشارکت مذهبی و تعهد مذهبی بر بهزیستی پس از همه‌گیری کرونا در بین دانشجویان دانشگاه چین» انجام دادند. نتایج نشان داد که مشارکت مذهبی و تعهد مذهبی به‌طور معنادار و مثبت، بهزیستی را فراتر از متغیرهای جمعیت‌شناختی پیش‌بینی می‌کنند. هوندوما[2] و همکاران (۲۰۲۲) مطالعه‌ای با عنوان «سرمایهٔ اجتماعی بالا با کاهش مشکل سلامت روان در میان نوجوانان مدرسه‌ای» انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که عوامل مرتبط با کاهش مشکل سلامت روان عبارت‌اند از: افزایش شبکهٔ دوستان، افزایش اعتماد به مدرسه یا محله، انسجام اجتماعی در جامعه. سرمایهٔ اجتماعی سطح بالاتر با کاهش مشکل سلامت روان در میان نوجوانان داخل مدرسه همراه است.

1. Sanin Cheng & Lai
2. Hunduma

لوپز[1] و همکاران (۲۰۲۱) به انجام تحقیقی با عنوان «سهم خصوصیات فردی، خانوادگی و مدرسه‌ای در بهزیستی اجتماعی دانش‌آموزان شیلیایی» پرداختند. یافته‌ها نشان داد که جنسیت و سن پیش‌بینی‌کننده فردی بهزیستی اجتماعی هستند، اما زمانی که ادراک دانش‌آموزان از مدارس خود گنجانده می‌شود، ویژگی‌های فردی و خانوادگی کاهش می‌یابد یا اهمیت خود را از دست می‌دهد. در مدل، بیشترین سهم در بهزیستی اجتماعی، توسط ادراکات از فضای مدرسه توضیح داده شده است.

کُوپری[2] و همکاران (۲۰۲۱) در تحقیقی به مطالعه «تأثیرات مثبت دین و پیوندهای اجتماعی بر سلامت ورزشکاران» پرداختند. مدل‌های رگرسیون دومتغیره و چندمتغیره نشان دادند، پاسخ‌گویانی که به‌صورت مکرر در مراسم مذهبی شرکت می‌کنند، از نظر آماری به‌طور درخورتوجهی سلامت خودارزیابی بهتری دارند.

شین[3] و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی «عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت و بهزیستی نوجوانان در خانواده‌های چندفرهنگی در کره‌جنوبی» پرداختند. یافته‌ها نشان داد که حمایت اجتماعی و احساس تعلق اجتماعی به‌طور معنادار و مستقیم بر بهزیستی تأثیر دارد. همچنین وضعیت اقتصادی و نوع مدرسه تأثیر غیرمستقیم بر بهزیستی دارد.

هاپنا و تومینن[4] (۲۰۲۱) به انجام پژوهشی با عنوان «بهزیستی جوانان و همراهی با سرمایهٔ اجتماعی، شبکه‌های اجتماعی، اعتماد و تعامل» پرداختند. نتایج حاکی از آن است که هر سه بعد سرمایهٔ اجتماعی به‌طور معناداری با بهزیستی مرتبط هستند. از این سه بعد، اعتماد قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده است که بیش از ۳۰ درصد واریانس را در هر دو مقیاس بهزیستی توضیح می‌دهد. متغیرهای مرتبط با خانواده قوی‌ترین ارتباط را با بهزیستی نشان دادند؛ درحالی‌که روابط با دوستان، همکلاسی‌ها، معلمان و سایر افراد به میزان چشمگیری

1. López
2. Cupery
3. Shin
4. Haanpää & Tuominen

کمتر اهمیت داشت. شاخص رفاه لگاتوم (۲۰۲۱) رتبه‌بندی سالانه مؤسسه پژوهشی لگاتوم[1] است که از سال ۲۰۰۷ درباره سطح رفاه بیش از ۱٤۲ کشور مختلف منتشر می‌شود. این مؤسسه شاخص رفاه را براساس ترکیبی از وضعیت کشورها در ۹ حوزه مختلف نشان می‌دهد. یکی از مهم‌ترین این حوزه‌ها، سلامت و سرمایه اجتماعی است. در این رتبه‌بندی، ایران جایگاه ۱۲۳ را دارد. همچنین رتبه ایران در امنیت ۱۳۱، آزادی فردی ۱٦٥، حکمروایی ۱٤٥، سرمایه اجتماعی ۸۹، محیط سرمایه گذاری ۱۲٦، شرایط کسب‌وکار ۱٥۲، زیرساخت اقتصادی و دسترسی بازار ۱۰٤، کیفیت اقتصاد، ۱۳۸، شرایط زندگی ۷٥، سلامتی ٦۱، تحصیلات ۷٥ و محیط طبیعی ۱٥٦ است. در این رتبه‌بندی، ایران در حوزه سلامتی دارای وضعیت بهتری در مقایسه با سایر حوزه‌ها است. همچنین گفتنی است که ایران در حوزه سرمایه اجتماعی با کسب امتیاز ٥۱/٦۲ دارای سرمایه اجتماعی متوسط ارزیابی شده است.

المر[2] و همکاران (۲۰۲۰) به انجام مطالعه‌ای با عنوان «مقایسه شبکه‌های اجتماعی (تعامل، دوستی، حمایت اجتماعی، مشارکت) و سلامت روان دانش‌آموزان قبل و در طول بحران کوید-۱۹ در سوئیس» پرداختند. براساس یافته‌ها، نگرانی‌های خاص کوید، انزوا در شبکه‌های اجتماعی، نبود تعامل و نبود حمایت عاطفی و انزوای فیزیکی با مسیرهای منفی سلامت روان مرتبط است. به نظر می‌رسد که دانش‌آموزان دختر، مسیرهای سلامت روان بدتری دارند.

لیو[3] و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی «نقش حمایت اجتماعی و ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی در پیش‌بینی بهزیستی اجتماعی در میان بازماندگان سرطان» پرداختند. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی از سوی اعضای خانواده و دوستان و ارضای نیازهای اساسی روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده معناداری برای بهزیستی اجتماعی است.

1. Legatum
2 .Elmer
3. Leow

وادمن و وبستر[1] (۲۰۱۹) پژوهشی با عنوان «نقش منابع حمایت اجتماعی بر افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان» انجام دادند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با حمایت اجتماعی خانواده و دوستان به‌طور معناداری رابطه دارد.

نواک و کاواچی[2] (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای به بررسی «تأثیر حوزه‌های مختلف سرمایهٔ اجتماعی بر پریشانی روان‌شناختی دانش‌آموزان دبیرستانی کرواسی» پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که سن، مدرسه، جنسیت، شاخص توده بدنی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی ادراک‌شده، سلامت و فعالیت بدنی خودارزیابی شده، حمایت زیاد خانواده در مدرسه، اعتماد بسیار محله، اعتماد بین‌فردی معلم و دانش‌آموز و اعتماد بین‌فردی دانش‌آموز، هرکدام با احتمال کمتر پریشانی روانی مرتبط‌اند. وقتی همهٔ متغیرهای سرمایهٔ اجتماعی به‌طور هم‌زمان وارد شدند، سرمایهٔ اجتماعی بیشتر در هر حوزه با پریشانی روانی رابطه معکوس داشت. حمایت خانواده در مدرسه، اعتماد محله، اعتماد بین‌فردی معلم و دانش‌آموز و اعتماد بین‌فردی دانش‌آموز، به‌طور معناداری با پریشانی روان‌شناختی در میان نوجوانان مرتبط بودند.

نیمینن[3] و همکاران (۲۰۱۳) به انجام پژوهشی با عنوان «سرمایهٔ اجتماعی، رفتارهای سلامت و سلامت» پرداختند. نتایج نشان داد که مشارکت اجتماعی و شبکه‌ها با همه رفتارهای بهداشتی مرتبط هستند. سطوح بالای اعتماد و رفتار متقابل با استعمال نکردن دخانیات و مدت‌زمان خواب کافی مرتبط است. حمایت اجتماعی و اعتماد و رفتار متقابل به‌طور مستقل با سلامت و بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارند. همچنین افراد با سطوح بالاتر سرمایه اجتماعی، به‌ویژه از نظر مشارکت اجتماعی و شبکه و صرف‌نظر از موقعیت اجتماعی خود، رفتارهای سالم‌تری دارند و از نظر جسمی و روانی احساس سلامتی بیشتری می‌کنند.

1. Webster & Wadmant
2. Kawachi & Novak
3. niminen

یری[1] و همکاران (۲۰۱۲) پژوهشی با عنوان «دین، سرمایه اجتماعی و سلامت» انجام دادند یافته‌ها نشان داد که سرمایه اجتماعی میانجی در رابطه دین و سلامت است. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی‌شده، تنها سن و درآمد تأثیر مستقیم معناداری بر سلامت داشتند.

ییپ[2] و همکاران (۲۰۰۷) به انجام پژوهشی با عنوان «آیا سرمایهٔ اجتماعی سلامت و بهزیستی را افزایش می‌دهد؟» پرداختند. نتایج نشان می‌دهد که سرمایهٔ اجتماعی شناختی (اعتماد) با هر سه معیار ملاک در سطح فردی و سلامت روانی-بهزیستی در سطح روستا ارتباط مثبت دارد. همچنین اعتماد از طریق مسیرهای شبکهٔ اجتماعی و حمایت بر سلامت و بهزیستی تأثیر می‌گذارد.

مرور پیشینه پژوهش حاکی از این است که شکل‌گیری بهزیستی اجتماعی تابع علل و منابع گوناگونی است. همچنین عامل‌های مؤثر بر ایجاد بهزیستی اجتماعی در پژوهش‌های مختلف اثرات متفاوتی داشتند. این موضوع ممکن است به دلایل مختلف باشد که می‌توان به برابر نبودن شرایط در تحقیقات اشاره کرد. در همه این تحقیقات از نظریه بهزیستی اجتماعی کییز به‌عنوان زیربنای نظری استفاده شده است؛ البته به‌جز برخی از پیمایش‌های گسترده و پژوهش‌های علوم پزشکی که نقش مفاهیم و نظریه‌های روان‌شناختی در آن بسیار پررنگ است. دانشجویان، شهروندان، زنان و سالمندان بیشترین گروه هدف را تشکیل دادند، اما دانش‌آموزان کمترین فراوانی را داشتند. از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها و از روش‌های آماری برای تحلیل آن‌ها استفاده شده است. در اکثر پژوهش‌ها در تجزیه‌وتحلیل داده‌ها عمدتاً از همبستگی و رگرسیون استفاده شده است، اما آزمون‌هایی نظیر تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری که در حال حاضر یکی از ابزارهای اصلی اندازه‌گیری در جامعه‌شناسی کاربردی هستند، کمتر به کار برده شده است. اکثر تحقیقات برای اندازه‌گیری

1. Yeary
2. Yip

بهزیستی اجتماعی از مقیاس سلامت اجتماعی کییز (۱۹۹۸) بهره برده‌اند؛ به‌جز برخی تحقیقات (پیمایش‌های گسترده و تحقیقات علوم پزشکی) که نقش مقیاس‌های روان‌شناختی (استرس و اضطراب) در آن‌ها بسیار پررنگ است و بیشتر سلامت روان را می‌سنجند. همچنین پژوهش‌هایی که بهزیستی در بین دانش‌آموزان را مدنظر قرار داده‌اند، عمدتاً بر متغیرهای فردی و روانی متمرکزند و کمتر به متغیرها و شرایط اجتماعی توجه دارند. به‌علاوه اکثر این تحقیقات در تحلیل و تبیین بهزیستی اجتماعی از یک یا دو عامل استفاده کرده‌اند و کمتر سعی شده است که تبیین چندجانبه از بهزیستی اجتماعی صورت گیرد. با توجه به اینکه یکی از خاصیت‌های علم انباشتگی آن است، بدیهی است مطالعات ابتدایی هرچند اندک، خود پایه‌ای برای مطالعات بعدی قرار گیرند. برخی از محدودیت‌های پژوهش‌های پیشین ازجمله کم‌توجهی به سنجش بهزیستی اجتماعی در جامعه دانش‌آموزی، تمرکز بر متغیرهای روانی و کم‌توجهی به متغیرها و شرایط اجتماعی در بررسی بهزیستی اجتماعی در بین دانش‌آموزان و کم‌توجهی به روش‌های آماری پیچیده در این زمینه، محققان پژوهش حاضر را بر آن داشت تا شکاف موجود را در حد بضاعت پوشش دهند.

۲. ۲. چارچوب نظری تحقیق

بهزیستی اجتماعی: یکی از مهم‌ترین نظریه‌ها درباره بهزیستی اجتماعی، نظریه کییز است. نظریه کییز دارای منشأ جامعه‌شناختی و روان‌شناختی است. او در پاسخ به این سؤال که کیفیت زندگی و عملکرد شخصی را با چه معیارهایی می‌توان ارزیابی کرد، عقیده دارد که معیارها و چالش‌های اجتماعی بیش از سلامت جسمی و روانی بر کیفیت زندگی و عملکرد تأثیرگذارند؛ بنابراین او مفهوم پنج‌بعدی قابل‌اندازه‌گیری ارائه می‌دهد که در سطح فردی نیز سنجش‌پذیر است. او ابعاد پیوستگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی و سهم‌داشت اجتماعی را به‌عنوان ابعاد بهزیستی اجتماعی مطرح کرد. کییز در تعریف بهزیستی اجتماعی بر رویکردی جامعه‌محور تأکید می‌کند. به نظرِ وی، بهزیستی اجتماعی گزارش شخصی فرد از کیفیت روابطش با دیگران و گروه‌های مختلف

اجتماعی است. به اعتقاد او، آنچه باعث غنای زندگی و بامعناشدن آن می‌شود، روابط و تجارب مشترک است؛ بنابراین او بهزیستی اجتماعی را ارزیابی فرد از تعامل مؤثر با دیگران و اجتماع و انجام نقش‌های اجتماعی می‌داند. از نظر او، زمانی که افراد، جامعه را مجموعۀ معنادار و دارای قابلیت بالقوه برای رشد و شکوفایی بدانند و به جامعه احساس تعلق داشته و در پیشرفت آن سهیم باشند، دارای بهزیستی اجتماعی هستند. او معتقد است، ارزیابی ذهنی فرد ریشه در اجتماع و محیط دارد؛ به همین دلیل است که عواملی مثل پایگاه اجتماعی و اقتصادی، جنسیت و سن را بر نگرش‌های فردی تأثیرگذار می‌داند. وی در همین زمینه باور دارد که بین رفتارهای اجتماعی مثبت، جایگاه اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و بهزیستی اجتماعی، رابطه مثبت وجود دارد (کییز، ۱۹۹۸، صص. ۱۲۱-۱۲۳)؛ بنابراین براساس مدل نظری بهزیستی اجتماعی، کییز قصد دارد نشان دهد که مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی با اینکه نوعی ارزیابی روان‌شناختی و فردی محسوب می‌شوند، ریشه در شرایط اجتماعی و روابط اجتماعی افراد دارند (موسوی و شیانی، ۱۳۹٤، ص. ۱۹۹). درواقع مرکز توجه بهزیستی اجتماعی کییز، وضعیت ارتباط فرد با دیگران در جامعه است.

سرمایه اجتماعی: یکی از نزدیک‌ترین مفاهیم جامعه‌شناختی به بهزیستی اجتماعی، مفهوم سرمایۀ اجتماعی است. ایدۀ محوری سرمایۀ اجتماعی را می‌توان در اصطلاح «اعتماد اجتماعی» خلاصه کرد که بر رابطه فرد و اجتماع و پیامدهای مثبتی متمرکز است که این روابط برای افراد دارند. در این زمینه، پاتنام[1] سرمایۀ اجتماعی را دارای سه مؤلفه می‌داند: اعتماد، شبکه روابط و هنجارهای متقابل. به اعتقاد وی، اعتماد برای تشریح سرمایۀ اجتماعی به‌صورتی تعریف می‌شود که باعث تسهیل همکاری شود. از نظر پاتنام، اعتماد اجتماعی به همان اندازه که نگرشی شخصی است، دارایی اجتماعی نیز محسوب می‌شود (پاتنام، ۲۰۰۰، ص. ١٦٧).

1. Putnam

پاتنام، مشارکت مدنی در ایالات‌متحده را با تمرکز بر عضویت و فعالیت در سازمان‌های داوطلبانه بررسی کرد (پاتنام، ۲۰۰۰، ص. ٤۹). او دریافت، کسانی که در کارهای داوطلبانه محلی شرکت می‌کنند، اعتماد بیشتری دارند؛ به این ترتیب، ارتباط مثبت بین شبکه‌های اجتماعی مانند سازمان‌های داوطلبانه و اعتماد برقرار می‌شود (پاتنام، ۲۰۰۰، ص. ۱۳۷). از نظر پاتنام، روابط اجتماعی باعث افزایش اعتماد و مشارکت مدنی و درنهایت سرمایهٔ اجتماعی می‌شود. او بر روابط افقی تأکید بیشتری دارد و معتقد است، این شبکه‌ها شرایطی را برای ارتباط و مشارکت متقابل کنشگران در موقعیت‌های برابر خلق می‌کند. فرد با عضویت در یک گروه، از پشتیبانی سرمایهٔ جمعی اعضای گروه برخوردار می‌شود؛ بنابراین گسترش سرمایهٔ اجتماعی در شبکهٔ روابط بین کنشگران، فرصت‌هایی را برای همه افراد آن شبکه پدید می‌آورد. آن‌ها می‌توانند با پشتوانهٔ همین فرصت‌ها و روابط هدف‌های خود را در جمع پیگیری کنند. این روابط توانایی‌های فردی کنشگران را در تحقق اهدافشان افزایش می‌دهد (پاتنام، ۲۰۰۰، صص. ۲۲-٢٤)؛ بنابراین سرمایهٔ اجتماعی از طریق روابط و فرصت‌هایی که در پرتو عضویت در شبکهٔ روابط اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند، موجب ارتقای بهزیستی اجتماعی افراد می‌شود. شبکه‌های اجتماعی سیستم‌های حمایتی برای فرد ایجاد می‌کند که او را در شرایط عادی و به‌ویژه بحران‌ها رها نمی‌کند. حمایت اجتماعی به روابط پایدار احساسی اشاره دارد؛ مانند احساس شخص از دوست داشته شدن، مراقبت‌شدن و توجه قرار گرفتن (موسوی و شیانی، ۱۳۹٤).

در همین زمینه هارفام اعتقاد دارد که سرمایهٔ اجتماعی از طریق فراهم‌کردن حمایت‌های عاطفی و روانی باعث کاهش عوامل استرس‌زا و کاهش حوادث زندگی می‌شود. هارفام بر این باور است که برای افراد، داشتن زندگی شاداب‌تر درگرو تعامل و ارتباط با اطرافیان است. به نظر وی، سرمایهٔ اجتماعی دارای بعدی ساختاری (روابط اجتماعی، مشارکت اجتماعی) و بعدی شناختی (اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی) است. او معتقد است هر فرد در ارتباطاتی که دارد، حمایت‌هایی را از جانب گروه‌های مختلف (جامعه، دوستان،

خانواده) دریافت می‌کند و همه این موارد در سلامت فرد مؤثرند. رابطهٔ اجتماعی، عنصر اصلی تشکیل‌دهندهٔ سرمایهٔ اجتماعی و سلامت اجتماعی است. اختلال در روابط اجتماعی موجب اختلال در سلامتی اجتماعی می‌شود (هارفام[1] و همکاران، ۲۰۰۳).

دین‌داری: دورکیم از اولین اندیشمندان اجتماعی است که به نقش دین و مذهب در همبستگی اجتماعی افراد اشاره دارد و ریشهٔ بسیاری از مشکلات جوامع جدید (مانند خودکشی) را در نبود انسجام اخلاقی و اجتماعی جست‌وجو می‌کند. به باور دورکیم[2] (۱۹۹۵) دین با ایجاد باورها و اعتقادات مشترک باعث اتحاد افراد، احساس تعلق اجتماعی و سلامت (فقدان خودکشی) در بین افراد می‌شود؛ نیرویی که احساس الزام اخلاقی را در جامعه ایجاد می‌کند و نقش منحصربه‌فردی در ایجاد همبستگی و یکپارچگی اجتماعی دارد. اعمال و مناسک مذهبی، انسان‌ها را گرد هم می‌آورد و پیوندهای مشترک را مجدد تأیید و تصدیق می‌کند و درنتیجه باعث تحکیم همبستگی اجتماعی می‌شود. باورها و اعتقادات مذهبی نیز احساس خوشبختی و اطمینان را در افراد ایجاد می‌کنند و باعث می‌شوند آن‌ها بتوانند با احساس ناکامی مقابله کنند (کوزر[3]، ۱۳۸۲، ص. ۲۰۰). دورکیم (۱۹۹۵) در صور ابتدایی حیات دینی، دین را به‌عنوان نهادی به تصویر می‌کشد که با اعمال هنجارهای جمعی و ارائه حس هدف به ایمان‌داران، همبستگی را پرورش می‌دهد. پیش‌بینی‌ای که از این کار به دست می‌آید، این است که افراد مذهبی در مقایسه با همتایان غیرمذهبی خود، نگرش‌های همکاری و رفتار اجتماعی‌تری خواهند داشت.

دورکیم (۱۹۹۵) پیش‌بینی کرده است که مشارکت مذهبی بر تغییر ترجیحات افراد، فرصت‌ها و انگیزه‌های آن‌ها و مهارت‌های بین‌فردی و مدنی آن‌ها تأثیر مثبت دارد. با توجه به مقوله ترجیحات، تقریباً همه ادیان دارای آموزه‌های اخلاقی هستند که همکاری، همبستگی

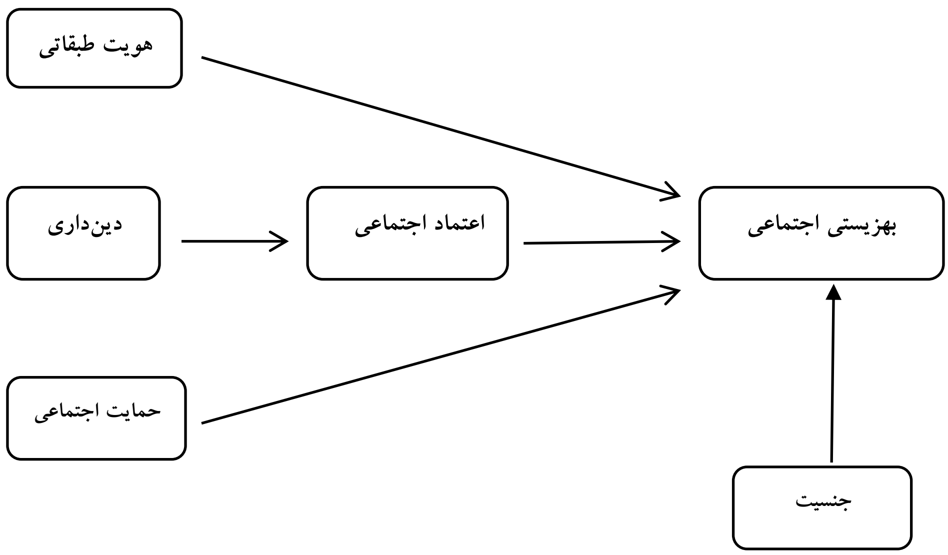
---

1. Harphmam
2. Durkheim
3. Coser

و نوع‌دوستی را ترویج می‌کنند (باتسون[1] و همکاران، ۱۹۹۳). اکثر ادیان نسخه‌ای از «قاعده‌های طلایی» دارند؛ مثلاً با دیگران همان کاری کنید که دوست دارید با شما انجام دهند. این آموزه‌ها اغلب بر «دیگران تعمیم‌یافته» تمرکز می‌کنند و بر اهمیت رفتار خوب با غریبه‌ها یا خارج از گروه تأکید می‌کنند. علاوه بر این، بسیاری از ادیان، از خودگذشتگی، همدردی با نیازهای دیگران و مراقبت از جامعهٔ گسترده‌تر را تشویق می‌کنند (دانیلز[2] و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، مشارکت مذهبی انگیزه‌های اجتماعی و فرصت‌هایی را برای رفتارهای اجتماعی فراهم می‌کند. شبکه‌هایی که از طریق اعمال مذهبی مشترک ایجاد شده‌اند، می‌توانند رفتارهای شرکت‌کنندگان را زیر نظر بگیرند و هنجارهای الهام‌گرفته از دین را اجرا کنند. علاوه بر این، جوامع مذهبی بسیاری از ابتکارات مدنی را هماهنگ می‌کنند که به پیروان، فرصت‌هایی برای مشارکت در رفتارهای اجتماعی هم در جماعت خود و هم در جامعه گسترده‌تر، ارائه می‌دهد (مرینو[3]، ۲۰۱۳). مشارکت فعال در جوامع مذهبی ممکن است به توسعه مهارت‌های مدنی کمک کند؛ زیرا فعالیت‌های مذهبی جمعی تقریباً همیشه با واسطه اجتماعی انجام می‌شوند؛ بنابراین شرکت‌کنندگان مهارت‌های مدنی و اجتماعی را از طریق برنامه‌ریزی جلسات، ایراد سخنرانی و بحث درمورد مسائل اجتماعی در جریان رویدادهای مذهبی توسعه می‌دهند. چنین مهارت‌هایی را می‌توان با فعالیت‌های غیرمذهبی نیز تقویت کرد، اما جوامع مذهبی فضاهای امنی را فراهم می‌کنند که به‌ویژه برای پرورش چنین مهارت‌هایی مفید است. مهارت‌های توسعه‌یافته احتمالاً به تعاملات با جامعه گسترده‌تر سرایت می‌کنند و درنتیجه همکاری و اعتماد عمومی را تقویت می‌کنند (جوپه و گیلبرت[4]، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد، این عامل به‌ویژه در جامعه ایران، به دلیل گستردگی و تاحدودی عام بودن شعائر دینی با عنوان چتر یا سایبان مقدس، از طریق فراهم‌آوردن چارچوبی برای

1. Batson
2. Daniels & Von der Ruhr
3. Merino
4. Djupe & Gilbert

ارتباط و اعتماد بـا دیگـران، بـه بهزیسـتی اجتمـاعی منجـر می‌شـود. بـه‌طورکلی، آنچـه در چارچوب نظری پژوهش مشخص شد، استفاده هم‌زمان از سه تئـوری در توضـیح بهزیسـتی اجتماعی بود. سه تئوری به میزان سهم در چارچوب نظری به این شـرح هسـتند: ۱- نظریـهٔ بهزیستی اجتماعی کییز، ۲- نظریهٔ سرمایه اجتماعی پاتنام و هارفـام و ۳- نظریـهٔ همبسـتگی اجتماعی دورکیم؛ بدین‌ترتیب متغیرهای استخراج‌شده از نظریه‌ها عبارت‌اند از: ۱- بهزیسـتی اجتماعی، ۲- اعتماد اجتماعی، ۳- حمایت اجتماعی و ٤- دینـداری؛ بنـابراین بـا توجـه بـه ادبیات تحقیق، مدل نظری و فرضیه تحقیق به قرار زیر است:



شکل ۱. مدل نظری پژوهش

- فرضیه ۱: بین جنسیت و میانگین بهزیستی اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.
- فرضیه ۲: بین هویت طبقاتی و بهزیستی اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد.
- فرضیه ۳: بین اعتماد اجتماعی و بهزیستی اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد.
- فرضیه ٤: بین حمایت اجتماعی و بهزیستی اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد.

- فرضیه ۵: بین دینداری و بهزیستی اجتماعی با میانجیگری اعتماد اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد.

۳. روش تحقیق

روش تحقیق حاضر کمّی و از نوع همبستگی بوده و واحد تحلیل، فرد است. نمونه آماری شامل ۳۵۹ نفر از دانش‌آموزان متوسطه اول شهر جهرم در سال تحصیلی ۱٤۰۱ بود که از طریق فرمول کوکران و نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این تحقیق، پرسش‌نامه محققساخته بود که از دو بخش تشکیل شده است: سؤالات مربوط به متغیر مستقل (اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی، دینداری و هویت طبقاتی) و سؤالات مربوط به متغیر وابسته (بهزیستی اجتماعی). گویه‌های بهزیستی اجتماعی از استاندارد کییز (۲۰۰٤) اقتباس شده است. این پرسش‌نامه براساس مدل نظری او و از سازهٔ بهزیستی اجتماعی طراحی شده است که معمولاً به‌عنوان مقیاسِ عمومی برای تعیین میزان بهزیستی اجتماعی به کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای پنج خرده مقیاس یکپارچگی اجتماعی، پیوستگی اجتماعی، سهم‌داشت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پذیرش اجتماعی است که در طیف لیکرت پنج‌قسمتی از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) عملیاتی شده است. گویه‌های متغیرهای مستقل (اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی و دینداری) نیز به‌صورت بسته‌پاسخ در طیف لیکرت پنج‌قسمتی از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) تهیه شده است. این گویه‌ها به‌ترتیب از پرسش‌نامه احمدی بجستانی (۱۳۹۳)، زیمت[1] و همکاران (۱۹۹۸) و صاف‌دل (۱۳۹۳) اقتباس شده است. در این تحقیق از اعتبار صوری استفاده شد و پایایی ابزار پژوهش نیز از طریق آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی (CR) برآورد شد که نتایج تفضیلی آن در ادامه آمده است. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۵ و PLS نسخه ۳ استفاده شد و داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تجزیه‌وتحلیل

1. Zimet

شد. همان‌طورکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، مقدار آلفای کرونباخ و ضریب پایایی ترکیبی، از مقدار مفروض ۰/۷ بیشتر است؛ بنابراین پایایی متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود.

جدول ۱. پایایی متغیرهای تحقیق اجتماعی

نام متغیر	نوع متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی (CR)
بهزیستی اجتماعی	وابسته	۰/۸۷٦	۰/۸۹٤
اعتماد اجتماعی	مستقل	۰/۷۸٤	۰/۸٤۰
حمایت اجتماعی	مستقل	۰/۸٤۹	۰/۸۷۲
دینداری	مستقل	۰/۹٤۸	۰/۹۵۳

٤. یافته‌های تحقیق

طبق جدول ۲، نتایج توصیفی پژوهش بیانگر این است که تعداد کل پاسخ‌گویان ۳۵۹ نفر بود. پسران ۱٤۸ و دختران ۲۱۱ نفر بودند که به‌ترتیب معادل ٤۱/۲ درصد و ۵۸/۸ درصد از کل پاسخ‌گویان را در بر گرفت. در تحقیقات، معمول است که حجم دو گروه دختر و پسر مساوی باشد. در تحقیق حاضر اختلاف تعداد پسران و دختران ناشی از نمونه‌گیری طبقه‌ای متناسب بود. طبق این جدول، میانگین بهزیستی پاسخ‌گویان برابر با ۲/٦۰ است که از متوسط بهزیستی آنان بیشتر است و تمایل زیاد را نشان می‌دهد. انحراف استاندارد برای این متغیر برابر با ۰/۵۵ است و به این معناست که پاسخ‌ها به‌اندازه ۰/۵۵ از میانگین انحراف داشته است. از میان ابعاد بهزیستی اجتماعی، پذیرش اجتماعی با میانگین ۲/٦٤ و سهم‌داشت اجتماعی با میانگین ۳/٦٤، به‌ترتیب دارای کمترین و بیشترین وزن در بین ابعاد بهزیستی اجتماعی هستند. به‌علاوه بعد شکوفایی اجتماعی با انحراف معیار ۰/۸٦٤ در مقایسه با ابعاد دیگر دارای بیشترین پراکندگی پاسخ، بین دانش‌آموزان است.

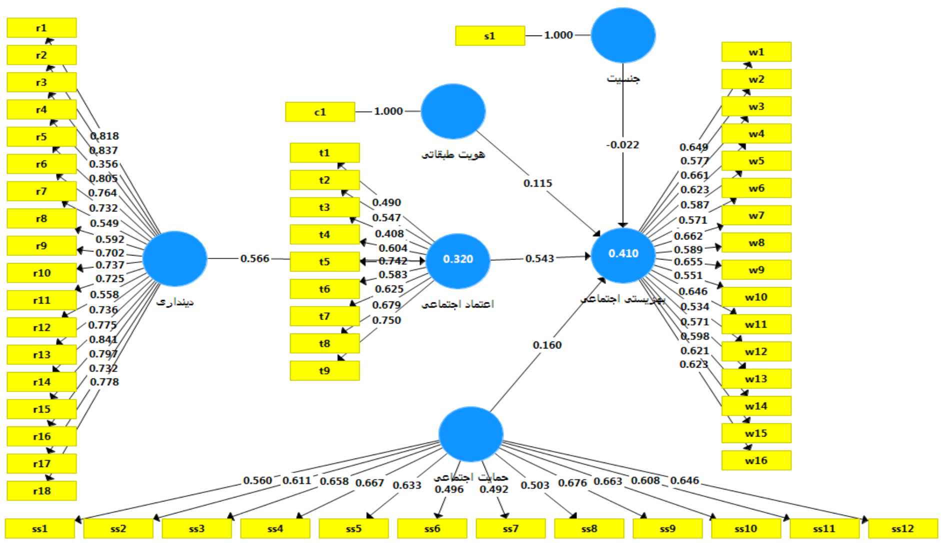
جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

پاسخ‌گویان	فراوانی	درصد	متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	ابعاد متغیر وابسته	میانگین	انحراف معیار
دختر	۲۱۱	۵۸/۸	بهزیستی اجتماعی (وابسته)	۲/٦۰	۰/۵۵	یکپارچگی اجتماعی	۳/۲٦	۰/۷٤۰
			اعتماد اجتماعی	۲/۲	۰/٦۲	پذیرش اجتماعی	۲/٦٤	۰/٦۹۵
			حمایت اجتماعی	۲/۸٦	۰/۳۹	سهم‌داشت اجتماعی	۳/٦٤	۰/۷۳٦
پسر	۱٤۸	٤۱/۲	دین‌داری	۲/۸۱	۰/٤۸	شکوفایی اجتماعی	۳/۲۰	۰/۸٦٤
						پیوستگی اجتماعی	۳/۳٦	۰/٦۵٦
			هویت طبقاتی	۲/۰٦	۰/٤۳	یکپارچگی اجتماعی	۳/۲٦	۰/۷٤۰

میانگین اعتماد اجتماعی (۲/۲) نشان‌دهنده اعتماد اجتماعی متوسط در بین دانش‌آموزان است. همچنین میانگین حمایت اجتماعی پاسخ‌گویان برابر با ۲/۸٦ است که به‌طورکلی نشان می‌دهد دانش‌آموزان از حمایت اجتماعی بسیاری برخوردارند. میانگین دین‌داری در بین پاسخ‌گویان برابر با ۲/۸۱ است که نشان‌دهنده تمایل زیاد افراد در این متغیر است. میانگین هویت طبقاتی پاسخ‌گویان نیز ۲/۰٦ است؛ به این معنا که بیشتر پاسخ‌گویان هویت طبقاتی خود را متوسط ارزیابی می‌کنند. در ادامه به گزارش نتایج استنباطی پژوهش پرداخته می‌شود.

رابطه متغیرهای پژوهش در هریک از فرضیه‌ها براساس فن حداقل مربعات جزئی (PLS) آزمون شده است. در ادامه، شکل ۲ یافته‌های مربوط را نشان می‌دهد. اعدادی که در دایره‌های آبی قرار دارد؛ ضریب تعیین (R^2) است. این ضریب نشان‌دهنده دقت پیش‌بینی

است. این اعداد نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل پژوهش توانسته‌اند ٤١ درصد از واریانس متغیر بهزیستی اجتماعی را تبیین کنند. پیکان‌هایی که از سمت متغیر مستقل به سمت متغیر وابسته کشیده شده است، ضرایب مسیر رگرسیونی هستند و نشان‌دهنده میزان تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر است. با توجه به ضرایب مسیر در شکل ۲ می‌توان گفت که اعتماد اجتماعی با ضریب مسیر ۰/٥٤١ تأثیر مستقیم قوی‌تری بر متغیرهای وابسته داشته است. همان‌طورکه مشاهده می‌شود، دین‌داری نیز با ضریب مسیر ۰/٥٦٦ به‌صورت مستقیم بر اعتماد اجتماعی و به‌صورت غیرمستقیم بر متغیر وابسته اثرگذار است. در ادامه اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی متغیرهای مستقل به تفکیک در جدول ۳ گزارش شده است. اعدادی که روی پیکان‌هایی قرار دارند که از سمت متغیرهای پژوهش به سمت مستطیل‌های زرد کشیده شده است، نشان‌دهنده بارهای عاملی هستند. هیچ‌یک از بارهای عاملی مدل از ۰/٤ کمتر نیست؛ یعنی گویه‌های و سؤالات هر متغیر به‌خوبی با آن در ارتباط بوده‌اند؛ بنابراین روایی ابزار اندازه‌گیری نیز تأیید می‌شود.

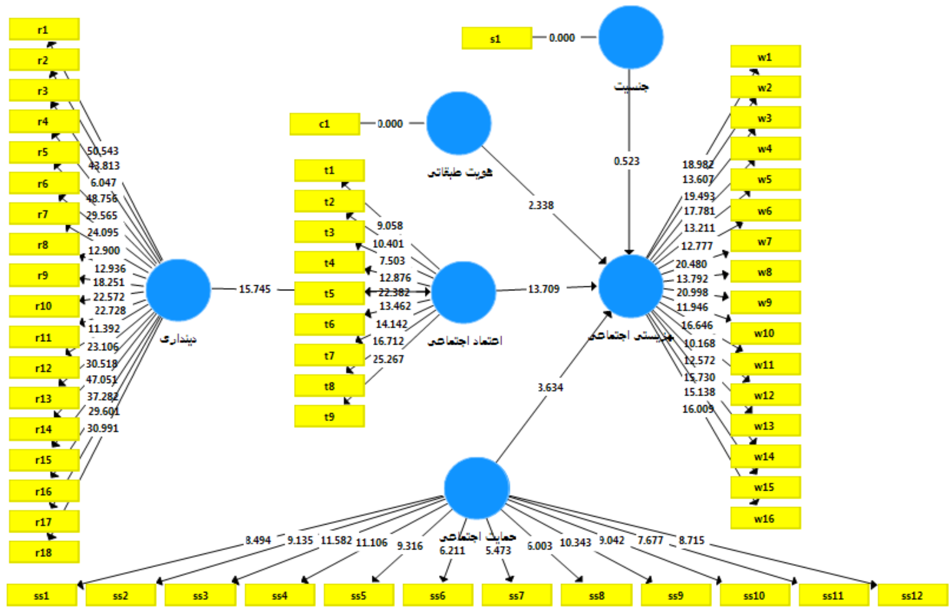


شکل ۲. روش حداقل مربعات جزئی الگوی کلی پژوهش

جدول ۳. تأثیرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای مستقل

متغیر مستقل	اثرات مستقیم	اثرات غیرمستقیم	اثرات کل
اعتماد اجتماعی	۰/۵٤۳	–	۰/۵٤۳
دین‌داری	–	۰/۳۰۷	۰/۳۰۷
هویت طبقاتی	۰/۱۱۵	–	۰/۱۱۵
حمایت اجتماعی	۰/۱٦۰	–	۰/۱٦۰

همان‌طورکه مشاهده می‌شود، اعتماد اجتماعی دارای بیشترین تأثیر بر بهزیستی اجتماعی است و در مقایسه با سه متغیر دیگر پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است. برای اینکه معناداری کل مدل ارزیابی شود، باید ضرایب رگرسیونی را آزمون کنیم؛ بنابراین از روش بوت‌استراپ در نرم‌افزار PLS استفاده شد. نتایج آزمون ضرایب مسیر در شکل ۳ قابل‌مشاهده است. اعدادی که در شکل ۳ مشاهده می‌شود، مقدار T-value است. مقدار آن باید از ۱/۹٦ بیشتر باشد. تمام مقادیر موجود در مدل به‌جز مقدار T متغیر جنسیت از ۱/۹٦ بیشتر است؛ یعنی رابطه بین هویت طبقاتی، اعتماد اجتماعی، حمایت اجتماعی با بهزیستی اجتماعی معنادار است. رابطه دین‌داری و اعتماد اجتماعی نیز معنادار است؛ به عبارت دیگر، دین‌داری با واسطه اعتماد اجتماعی بر بهزیستی اجتماعی تأثیرگذار است، ولی جنسیت رابطه معناداری با بهزیستی اجتماعی ندارد؛ به عبارت دیگر، بین میانگین بهزیستی اجتماعی پسران و دختران تفاوتی مشاهده نشد؛ بنابراین تمام فرضیه‌های تحقیق به‌جز فرضیه اول تأیید می‌شوند.



شکل ۳. آماره t-value الگوی کلی پژوهش با روش بوت استراپ

بررسی نیکویی برازش مدل نشان می‌دهد که به‌طورکلی مدل مناسب هست یا خیر. در این زمینه شاخص‌های متعددی در PLS وجود دارد که مهم‌ترین‌های آن در جدول ٤ گزارش شده است.

جدول ٤. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص	مقدار
میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR)	۰/۰۷۹
ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده استاندارد (RMS theta)	۰/۱۱۵

همان‌طورکه در جدول ٤ مشاهده می‌شود، شاخص SRMR کمتر از ۰/۰۸ است که نشان از برازش مطلوب مدل دارد. هیر و همکاران[1] (۲۰۲۲) معتقدند ازآنجاکه شاخص GOF

1. Hair

نمی‌تواند به‌طور قابل‌اعتمادی مدل‌های معتبر را از نامعتبر تشخیص دهد، در نسخه‌های جدیدتر PLS از معیار SRMR به‌جای آن استفاده می‌شود. مقدار شاخص RMS theta نیز برابر با ۰/۱۱ است. هنسلر[1] و همکاران (۲۰۱٤) معتقدند که مقادیر زیر ۰/۱۲ مدل مناسبی را نشان می‌دهد.

۵. نتیجه‌گیری

بهزیستی اجتماعی بر ابعادی از سلامت تأکید دارد که به ارتباط فرد با افراد دیگر و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند، مربوط است. پژوهش حاضر بهزیستی اجتماعی را به‌مثابه فرایند جاری در افراد، مدنظر قرار داد و به بررسی جامعه‌شناسی علل و اسباب آن در بین دانش‌آموزان پرداخت. یافته‌های پژوهش با کسب نظر از ۳۵۹ نفر از دانش‌آموزان شهر جهرم، صورت گرفت. یافته‌های توصیفی پژوهش نشان داد که با توجه به میانگین متغیرهای پژوهش، به نظر می‌رسد دانش‌آموزان دارای بهزیستی اجتماعی (۲/٦۰) زیاد، اعتماد اجتماعی (۲/۲) متوسط، حمایت اجتماعی (۲/۸٦) زیاد و دین‌داری (۳/۹۱) زیادی هستند. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشتر دانش‌آموزان وضعیت اجتماعی و اقتصادی خود را متوسط ارزیابی کردند. گفتنی است که یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای بهزیستی اجتماعی و سرمایه اجتماعی با نتایج توصیفی برخی پژوهش‌ها ازجمله مطالعات کشوری، وزارت بهداشت (۱۳۹۹)، پیمایش ملی (۱۳۹۵)، پیمایش ملی سازمان امور اجتماعی کشور (۱۳۹۷) و شاخص رفاه لگاتوم (۲۰۲۱) منطبق نیست. از دلایل تفاوت در این نتیجه می‌توان یکسان‌نبودن ابزار سنجش، تعداد گویه‌های زیاد در پیمایش‌های ملی، تفاوت نقطه برش، حجم نمونه و طیف سنی جمعیت مطالعه‌شده را نام برد.

در فرضیه اول، بین جنسیت و بهزیستی اجتماعی با توجه به مقدار T-value (۰/۵۲۳) و ضریب مسیر (۰/۰۲۲–) رابطه‌ای یافت نشد؛ به عبارتی دیگر، میانگین بهزیستی اجتماعی

1. Hensler

پسران و دختران تفاوت آماری معناداری ندارند و به نظر می‌رسد، بهزیستی اجتماعی به‌صورت یکسان بین دو جنس توزیع شده است. یافته‌های این فرضیه با تحقیقات غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، طاووسی و همکاران (۱۳۹۵)، نیک‌ورز و یزدان‌پناه (۱۳۹٤)، لوپز و همکاران (۲۰۲۱) و بورساک و گرین (۲۰۱۲) همسوست، اما با یافته‌های تحقیقات المر و همکاران (۲۰۲۰) و نواک و کاواچی (۲۰۱۵) همسو نیست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، رابطهٔ بین جنسیت و بهزیستی اجتماعی مشروط به بافت اجتماعی و فرهنگی است و به نظر می‌رسد ابزار سنجش و نمونه مطالعه‌شده در تفاوت نتایج، مؤثر باشد.

در فرضیه دوم پژوهش مشاهده شد، بین هویت طبقاتی و بهزیستی اجتماعی با توجه به مقدار T-value (۲/۳۳۸) و ضریب مسیر (۰/۱۱۵) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های این فرضیه با تحقیقات نیک‌ورز و یزدان‌پناه (۱۳۹٤)، شین و همکاران (۲۰۲۱) و نواک و کاواچی (۲۰۱۵) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد با موقعیت اجتماعی سطح بالا ممکن است منابع مادی اجتماعی بیشتری برای مقابله و کاهش تأثیر عوامل منفی بر بهزیستی خود داشته باشند.

در فرضیه سوم مشاهده شد، بین اعتماد اجتماعی و بهزیستی اجتماعی با توجه به مقدار T-value (۱۳/۷۰۹) و ضریب مسیر (۰/۵٤۳) رابطهٔ معناداری وجود دارد. جهت رابطه مثبت و شدت آن در حد متوسط است؛ یعنی با افزایش اعتماد اجتماعی، بهزیستی اجتماعی نیز افزایش می‌یابد. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات حسین‌زاده و همکاران (۱٤۰۰)، مطلبی و همکاران (۱۳۹۹)، گنجی و همکاران (۱۳۹۸)، غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، نیک‌ورز و یزدان‌پناه (۱۳۹٤)، هوندوما و همکاران (۲۰۲۲)، هاپنا و تومینن (۲۰۲۱)، نواک و کاواچی (۲۰۱۵)، نیمینن و همکاران (۲۰۱۳) و ییپ و همکاران (۲۰۰۷) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طبق نظریهٔ پاتنام (۲۰۰۰)، اعتماد زمینه‌ساز عمل متقابل است. مزایایی که از یک شبکه یا جامعه‌ای که براساس پایه محکمی از اعتماد ساخته شده است، متعدد است و شامل اقدامات داوطلبانه، سطوح بالاتر همکاری و مشارکت مدنی می‌شود. از نظر وی، اعتماد

به‌عنوان مهم‌ترین جنبه سرمایه اجتماعی موجب طراوت و بالندگی جامعـه می‌شـود. اعتمـاد اجتماعی، فرایندی دوطرفه است؛ بنابراین باعث تسهیل روابط متقابل می‌شـود. افـراد زمـانی اقدام به همکاری می‌کنند که به طرف مقابل اطمینان و اعتماد داشته باشـند؛ بنـابراین اعتمـاد اجتماعی نه‌تنها باعث تعاملات بیشتر می‌شود، بلکه موجب ایجاد نگرش مثبـت بـه اطرافیـان می‌شود و این اطمینان خاطر را در افراد برای گسترش تعاملات و همکاری‌های بعدی ایجـاد می‌کند. اعتماد اجتماعی بیشتر با امنیت خاطر بیشتر همراه خواهد بود که این می‌تواند زمینـه مشارکت افراد در فعالیت‌های مختلف را افزایش دهد؛ بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود.

در فرضیه چهارم پژوهش مشاهده شد، بین حمایت اجتمـاعی و بهزیسـتی اجتمـاعی بـا توجه به مقدار T-value (۳/٦۳٤) و ضریب مسیر (۰/۱٦۰) رابطه مثبـت و معنـاداری وجـود دارد؛ به این صورت که با افزایش حمایت اجتماعی بهزیستی اجتماعی نیز افـزایش می‌یابـد. این یافته با نتایج تحقیقات مطلبی و همکاران (۱۳۹۹)، نیازی و سـخایی (۱۳۹۹)، آوریـده و همکاران (۱۳۹۸)، غفاری و همکاران (۱۳۹۷)، شـین و همکـاران (۲۰۲۱)، لیـو و همکـاران (۲۰۱۹)، وادمن و وبستر (۲۰۱۹)، نواک و کـاواچی (۲۰۱۵)، نیمیـنن و همکـاران (۲۰۱۳) و ییپ و همکاران (۲۰۰۷) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، طبق نظریه هارفـام (۲۰۰۳)، از طریق حمایت اجتماعی تأثیر منفی رویدادهای مختلف زندگی کاهش می‌یابـد و افراد در مقابله با عوامل استرس‌زا و مخـرب محیطـی و اجتمـاعی مقاومـت بیشـتری نشـان می‌دهند؛ بنابراین این فرضیه تأیید می‌شود. حمایت اجتماعی بـه‌ویـژه حمایـت خـانواده، در برابر عوامل مخاطره‌آمیز بر بهزیستی اجتماعی اثر محافظتی دارد. برای جوانـان، خـانواده در مواقع نیاز مهم است و اغلب به‌عنوان منبع حیاتی حمایت در نظر گرفته مـی‌شـود. درواقـع، خانواده، دوستان و دیگرانِ مهم با پشیبانی‌های عـاطفی و روانـی می‌تواننـد فـرد را در برابـر مشکلات و گرفتاری‌ها یاری کنند.

فرضیه پنجم بیانگر این است که بین دین‌داری و بهزیستی اجتماعی با میانجی‌گری اعتماد اجتماعی رابطهٔ معناداری وجود دارد؛ بدین صورت که افزایش دین‌داری در دانش‌آمـوزان بـا

افزایش نمرهٔ بهزیستی اجتماعی آنان با میانجی اعتماد اجتماعی، همراه خواهد بود. این یافته با نتایج تحقیقات تشویشی و رحمانی خلیلی (۱٤۰۱) و یری[1] و همکاران (۲۰۱۲) همسوست. طبق مطالعهٔ دورکیم (۱۹۹۵)، گروه‌های اجتماعی با ساختار همبستگی قوی، سلامتی بیشتری (خودکشی کمتر) دارند. از نظر او، دین نقش مهمی در تأمین هویت جمعی و ایجاد همبستگی دارد. از نظر دورکیم، ازآنجاکه کارکرد دین ترویج همبستگی در بین افراد جامعه است، دین و باورهای دینی، دوستی و همدلی بین افراد و گروه‌های انسانی را ایجاد می‌کند. تشریفات دینی افراد را به هم نزدیک می‌کند، بر تماس‌هایشان بر یکدیگر می‌افزاید و صمیمت بیشتری را بینشان ایجاد می‌کند؛ درنتیجه در خلال این روابط اعتماد بین آن‌ها تقویت می‌شود. دین از طریق هنجارهای پرورش‌یافته در گروه‌های مذهبی و شبکه‌های ساخته‌شده از طریق عبادت مشترک، زمینه‌ساز روابط اجتماعی قابل‌اعتماد بین افراد می‌شود. روابط اجتماعی منابعی هستند که دست‌یافتن به مقاصد فردی و اجتماعی (سلامتی) را فراهم می‌کنند. افراد با داشتن روابط اجتماعی گسترده در مواقع نیاز گزینه‌های زیادتری برای گره‌گشایی از مشکلات در دسترس خواهند داشت. از طرفی تعاملات اجتماعی در محیط‌های اجتماعی مانند گروه‌های مذهبی که مستلزم کار گروهی است، باعث افزایش روحیه و نشاط و افزایش بهزیستی اجتماعی جوانان و نوجوانان می‌شود.

به‌طورکلی، روش حداقل مربعات جزئی الگوی پژوهش نشان داد که چهار متغیر اعتماد اجتماعی، هویت طبقاتی، حمایت اجتماعی و دین‌داری توانستند ٤۱ درصد از واریانس بهزیستی اجتماعی را تبیین کنند که اعتماد اجتماعی در مقایسه با متغیرهای دیگر پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است. پاتنام (۲۰۰۰) اعتماد را یکی از مؤلفه‌های اساسی و حیاتی ارتباطات اجتماعی می‌داند. اگر فرد به افراد دیگر و جامعه اعتماد داشته باشد، در فعالیت‌ها و امور اجتماعی شرکت خواهد کرد؛ درنتیجه پیوند محکمی بین فرد و اجتماع برقرار می‌شود؛ بنابراین در چنین شرایطی افراد می‌توانند به جامعه نگرش مثبت داشته باشند و این امر باعث

1. Yeary

جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که وجه مشترکی بین ارزش‌های اجتماعی و فردی وجود دارد و در برابر هنجارها و ارزش‌های اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد نخواهد شد؛ بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت جامعه به ساختارها و نیروهای بیرونی مربوط نیست؛ بلکه افراد تشکیل‌دهندهٔ جامعه هستند که مسیر تکاملی آن را شکل می‌دهند. وقتی چنین نگرشی در فرد ایجاد شد، کارایی فرد افزایش می‌یابد و احساس می‌کند، می‌تواند نقش مهمی در پیشرفت جامعه ایفا کند؛ درنتیجه سلامت اجتماعی فرد افزایش یافته و تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی و ناهنجاری‌های اجتماعی کاهش می‌یابد.

کتابنامه

۱. حسینی، س.، فتح‌آبادی، ج.، شکری، الف.، و پاک‌دامن، ش. (۱۳۹۵). موفقیت تحصیلی براساس جهت‌گیری هدف و بهزیستی ذهنی دانش‌آموزان و والدین: الگوی مدل‌یابی معادلات ساختاری. *پژوهش‌های تربیتی*، ۲ (۳۱)، ۱۳۳–۱۵۷.

۲. عبدالله تبار، ه.، کلدی، ع.، محققی.، ستاره فروزان، آ.، و صالحی، م. (۱۳۸٦). بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان. *فصلنامهٔ علمی–پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۸ (۳۰ و ۳۱)، ۱۷۱–۱۸۹.

۳. فدایی مهربانی، م. (۱۳۸٦). شهرنشینی، رسانه و سلامت اجتماعی (نقش رسانه‌های جوامع در حال گذار در سلامت اجتماعی شهروندان). *پژوهش و سنجش*، *۱٤*(٤۹)، ٦۷–۸٦.

٤. کوزر، ل. (۱۳۸۲). *زندگی و اندیشهٔ بزرگان جامعه‌شناسی* (م. ثلاثی، مترجم). تهران: انتشارات علمی.

۵. مدیری، ف.، سفیری، خ.، و منصوریان، ف. (۱۳۹٦). بررسی سلامت اجتماعی و عوامل اثرگذار بر آن. *علوم اجتماعی: توسعه اجتماعی*، *۱۲*(۲)، ۷–۲۸.

٦. مرکز آمار ایران. (۱٤۰۱). *شاخص‌های کلان اقتصادی و اجتماعی کشور*. بازیابی از http://www.amar.org.ir

۷. موسوی، م.، و شیانی، م. (۱۳۹٤). *سرمایهٔ اجتماعی و سلامت اجتماعی مفاهیم و رویکردها*. تهران: نشرآگاه.

8. Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. Oxford: Oxford University Press.
9. Cobo, R., Pérez, M., Páez, M., Gracia, M., & Páez, D. (2020). A longitudinal Study: Affective well-being, psychological wellbeing, self-efficacy and academic performance among first-year undergraduate students. *Scandinavian Journal* of *Psychology*, *61*, 518–526.
10. Daniels, J. P., & Von der Ruhr, M. (2010). Trust in others: does religion matter? *Review of Social Economy, 68*, 163–186.
11. Djupe, P. A., & Gilbert, C. P. (2006). The resourceful believer: generating civic skills in church. *Journal of Politics*, *68*, 116–127.
12. Durkheim, E. (1995). *The elementary forms of religious life*. New York: Free Press.
13. Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2022). *A primer on partial least squares structural equation modeling* (PLS-SEM) (3rd ed,). Thousand Oaks: Sage.
14. Harphmam, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2003). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science and Medicine*, *53*, 1-11.
15. Henseler, J., Dijkstra, T. K., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Diamantopoulos, A., Straub, D. W., …, & Calantone, R. J. (2014). Common beliefs and reality about partial least squares. *Organizational Research Methods*, *17*(2), 182-209.
16. Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-being. *Social Psychology Uarterly*, *2*(61), 121-140.
17. Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In O. G. Brim, C. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*. Chicago: University of Chicago.
18. Merino, S. C. (2013). Religious social networks and volunteering: examining recruitment via close ties. *Review of Religious Research*, *55*, 509–527.
19. Norris, H. (2018). The impact of restorative approaches on well-being: an evaluation of happiness and engagementin schools. *Conflict Resolution*, *36*, 221–234.
20. Oyarzún, D. (2018). *Predictors of subjective well-being of boys, girls and adolescents in Chile* (Doctoral dissertation). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Santiago.
21. Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of american community*. New York: Simon and Schuster.
22. Torres-Vallejos, J. (2020). *Effect of school lag of boys, girls and adolescents users of childhood psychosocial programs on their well-being from the*

perspective of positive psychology (Doctoral dissertation). Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Santiago.

23. Zambianchi, M., & Ricci Bitti, P. E. (2014). The role of proactive coping strategies, time perspective, perceived efficacy on affect regulation, divergent thinking and family communication in promoting social well-being in emerging adulthood. *Social Indicators Research*, *116*, 493–507.